

EVALUACIÓN ANUAL DE FACTORES DE RIESGO

(Sample* Self -Administered Health Risk Profile Addendum and Assessment of ADLs and IADLs for Older Adults)

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ ID#: _____

Favor de responder con una **X** en cada declaración que esté de acuerdo con su caso. Si usted no sabe la respuesta de una pregunta, favor de marcarla con signo de interrogación y una persona se la explicará.

Favor de NO escribir en las áreas marcadas “Risk?” o “Ed. ✓”

| Evaluación Anual de Factores de Riesgo | Risk? | Ed. ✓ |
|--|-------------------|-------|
| <p>1. Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Me ha dicho el doctor que estoy/estaba deprimido. ¿Cuándo? _____ ¿Quién? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mi esposo(a), miembro de la familia o amigo murió hace poco tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste y cansado durante mucho tiempo, y/o tengo problemas para dormir y poco apetito.</p> <p><input type="checkbox"/> He pensado en quitarme mi propia vida. En el pasado ___ Recientemente ___ ¿Cuándo? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | <p>Y N</p> | |
| <p>2. Ambiente Social</p> <p><input type="checkbox"/> Soy em principal proveedor del cuidado de un familiar adulto/niño discapacitado con enfermedad mental.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo familia ni amistades que quieran o puedan ayudarme cuando lo necesite.</p> <p><input type="checkbox"/> No participo en actividades fuera del hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | <p>Y N</p> | |
| <p>3. Seguridad</p> <p><input type="checkbox"/> Me he caído durante el año pasado. ¿Cuántas veces? _____ ¿Dónde? _____ ¿Lastimaduras? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tomo medicina recetada de más de un doctor.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | <p>Y N</p> | |
| <p>4. Funciones mentales</p> <p><input type="checkbox"/> Necesito ayuda para tomar mi medicina correctamente (a la hora correcta, dosis, medicamentos, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Necesito ayuda para administrar mi dinero y pagar las cuentas.</p> <p><input type="checkbox"/> Una persona en mi familia tiene/tuvo Enfermedad de Alzheimer. ¿Quién? _____</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | <p>Y N</p> | |

| Evaluación Anual de Factores de Riesgo | Risk? | Ed. ✓ |
|--|-------|-------|
| <p>5. Actividades de la Vida Diaria</p> <p><input type="checkbox"/> Necesito ayuda para bañarme en tina o regadera.</p> <p><input type="checkbox"/> Necesito para comprar, cocinar y/o comer (ejemplos: cortar la carne, abrir latas o cajas).</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo moverme sin usar un baston, andadera o silla de ruedas.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | Y N | |
| <p>6. Funciones Sensoriales</p> <p><input type="checkbox"/> Una persona de mi núcleo familiar ha tenido glaucoma. ¿Quién? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ha pasado más de un año desde que mis ojos fueron examinados.</p> <p><input type="checkbox"/> No oigo tan bien como debería y/o me zumban los oídos.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | Y N | |
| <p>7. Nutrición</p> <p><input type="checkbox"/> Me faltan dientes o tengo dentaduras incompletas o desajustadas.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dificultad para tragar o me ahogo fácilmente.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | Y N | |
| <p>8. Eliminación</p> <p><input type="checkbox"/> Padezco problemas de incontinencia (orina y excremento) o tengo “accidentes”.</p> <p><input type="checkbox"/> Uso laxantes todos los días o casi todos los días.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | Y N | |
| <p>9. Relaciones Sexuales</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo dificultad para alcanzar o mantener una erección (hombre).</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo suficiente lubricación o tengo irritación y/o las relaciones son dolorosas para mí (mujer).</p> <p><input type="checkbox"/> Desde que yo (o mi compañero(a) ha estado enfermo, (ejem. ataque al corazón o cirugía), tengo miedo de tener relaciones sexuales porque puede causarme otro ataque al corazón.</p> <p><input type="checkbox"/> No es aplicable en mi caso.</p> | Y N | |

*La inclusion/omission no implica que el Departamento de Salud de Texas apruebe o rechaz una recomendacion especifica una opinion de autoridad.

Favor de escribir preguntas para su doctor o enfermera aquí: _____

Revisado con el cliente: _____ Fecha: _____

Put Prevention Into Practice-PPIP

www.tdh.state.tx.us/ppip/index.htm

(512) 458-7534



Sample* Preventive Care Flow Sheet: Addendum for Older Adults

Name: _____ ID#: _____ Date: _____

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|--|
| Check if applicable: | <u>Initials/Date(s) of education/counseling</u> | Check if applicable: | <u>Initials/Date(s) of education/counseling</u> |
| ‡ Social Environment | _____ | ‡ Elimination | _____ |
| ‡ Safety | _____ | ‡ Intimacy | _____ |
| ‡ Nutrition | _____ | ‡ _____ | _____ |
| ‡ Depression | _____ | ‡ _____ | _____ |
| ‡ Cognitive Function | _____ | ‡ _____ | _____ |
| ‡ IADLs/ADLs | _____ | ‡ _____ | _____ |
| ‡ Sensory | _____ | ‡ _____ | _____ |

Suggested Result Codes: N=Results Normal A=Results Abnormal R=Refused P=Pending

| Screening test/exam | Freq. | Date/ Result | Yr. Age | Yr. Age | Yr. Age | Yr. Age | Yr. Age |
|--------------------------|-------|-----------------|-------------|---------------|------------|------------|------------|
| Depression questionnaire | | Date/ Result | | | | | |
| Mini Mental State Exam | | Date/ Result | | | | | |
| Snellen acuity test | | Date/ Result | | | | | |
| Otosopic Exam | | Date/ Result | | | | | |
| Audiometric Testing | | Date/ Result | | | | | |
| | | Date/ Result | | | | | |
| Referrals: | | | Date | Result | | | |
| Audiological Evaluation | | | | | | | |
| Ophthalmology Evaluation | | | | | | | |
| Mental Health Evaluation | | | | | | | |
| Neurological Evaluation | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*Inclusion/omission does not imply that the Texas Department of Health endorses or rejects a specific recommendation or authority opinion.

Put Prevention Into Practice-PPIP

www.state.tx.us/ppip/index.htm

(512) 458-7534

